

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini dibahas mengenai hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik demografi responden, 3) data khusus mengenai variabel yang diukur yaitu meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, sikap, dan pekerjaan.

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Oebobo terletak di jalan Palapa Kecamatan Oebobo, Kota Kupang. Puskesmas Oebobo memiliki wilayah kerja yang cukup luas yaitu terdiri dari 4 Kelurahan yang berada pada kecamatan Oebobo. Kelurahan yang dilayani Puskesmas Oebobo adalah Kelurahan Oebobo, kelurahan Naikoten I, kelurahan Naikoten II, dan kelurahan Fatululi. Dalam Upaya pemberian pelayanan kepada masyarakat selanjutnya dikembangkan pos pelayanan terpadu ( posyandu ) yang dikelola oleh masyarakat. Pada penelitian ini peneliti mengambil salah satu posyandu yang berada di Kelurahan Oebobo yaitu posyandu lansia mawar. Posyandu lansia mawar wilayahnya mencakup 7 RT yaitu RT 21 – 27. Kunjungan lansia sekitar 35 – 40 orang, untuk lansia yang disabilitas petugas dan kader mengunjungi dan melakukan pemeriksaan fisik.

#### 5.2 Karakteristik Demografi Responden

Tabel 5.1 Karakteristik demografi keluarga

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Kelompok Perlakuan (n=43)		Kelompok Perlakuan (n=43)	
			N	%	n	%
1	Usia	17-25 tahun	6	14.0	8	18.6
		26- 45 Tahun	20	46.5	25	58.1
		46-65 Tahun	17	39.5	10	23.3
		> 65 Tahun	0	0	0	0
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	7	16.3	26	60.5
		Perempuan	36	83.7	17	39.5
3	Pendidikan	Tidak sekolah	1	2.3	2	4.7

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Kelompok Perlakuan (n=43)		Kelompok Perlakuan (n=43)			
			N	%	n	%		
4	Pekerjaan	SD	6	14.0	6	14.0		
		SMP	7	16.3	0	0		
		SMA	19	44.2	18	41.9		
		Pendidikan Tinggi	10	23.3	17	39.5		
		Tidak bekerja	27	62.8	7	16.3		
		Swasta	8	18.6	18	41.9		
		Wiraswasta	8	18.6	11	25.6		
		PNS	0	0	7	16.3		
		5	Lama merawat	3 bulan - 1 tahun	12	27.9	10	23.3
				1 tahun - 3 tahun	10	23.3	10	23.3
3 tahun - 6 tahun	7			16.3	14	32.6		
6 tahun - 9 tahun	14			32.6	9	21.0		
> 9 tahun	0			0	0	0		
6	Hubungan	Orangtua	0	0	0	0		
		Pasangan	14	32.6	8	18.6		
		Anak	25	58.1	23	53.5		
		Saudara	4	9.3	12	27.9		

Berdasarkan karakteristik tabel 5.1 dapat diketahui bahwa responden keluarga lansia dengan usia kategori 26 - 45 tahun adalah yang terbanyak. Hampir keseluruhan adalah berjenis kelamin perempuan. Hampir setengahnya adalah berpendidikan SMA atau 19 responden. Sebagian besar berdasarkan pekerjaan responden tidak bekerja. Hampir setengahnya responden telah merawat lansia dengan 6-9 tahun. Setengah dari responden adalah anak lansia.

Tabel 5.2 Karakteristik demografi lansia

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Kelompok Perlakuan (n=43)		Kelompok Perlakuan (n=43)	
			N	%	n	%
1	Usia	45-55 tahun	16	37	9	20
		56- 65 Tahun	21	49	24	57
		> 65 Tahun	6	14	10	23
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	10	23	15	34
		Perempuan	33	77	28	66
		Tidak sekolah	11	25	10	23
3	Pendidikan	SD	8	18	8	18
		SMP	7	16	6	14
		SMA	10	23	9	20
		Pendidikan Tinggi	7	17	10	23
4	Pekerjaan	Tidak bekerja/Pensiunan	22	51	17	39

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Kelompok Perlakuan (n=43)		Kelompok Perlakuan (n=43)	
			N	%	n	%
5	Lama dirawat	Swasta	9	20	9	20
		Wiraswasta	10	23	15	35
		PNS	2	4	2	4
		3 bulan - 1 tahun	3	7	11	25
		1 tahun - 3 tahun	8	19	20	46
		3 tahun - 6 tahun	20	46	2	4
		6 tahun - 9 tahun	10	23	3	8
		> 9 tahun	2	4	7	16
6	Status fungsional lansia	Mandiri	2	5	12	28
		<i>Partial care</i>	36	84	30	70
		<i>Total care</i>	5	11	1	2

Berdasarkan tabel 5.2 sebagian besar lansia berusia 56-65 tahun pada kelompok perlakuan dan kontrol. Berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah perempuan pada kedua kelompok. Sebagian kecil pendidikan lansia pada kedua kelompok adalah tidak sekolah. Berdasarkan pekerjaan sebagian besar adalah pensiunan atau tidak bekerja. Lama dirawat hampir setengahnya 3-6 tahun pada kelompok perlakuan dan 1-3 tahun pada kelompok kontrol. Status fungsional pada lansia di kelompok perlakuan dan kontrol sebagian besar adalah *partial care*.

## 5.2 Variabel Yang Diukur

Data khusus responden dalam penelitian ini dijabarkan identifikasi kualitas hidup dan *self efficacy* responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan keluarga. Data disusun dengan model perbandingan antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan.

### 5.2.1 Variabel kualitas hidup

Tabel 5.3 Distribusi berdasarkan aspek kualitas hidup

Parameter	Mean		SD		CI 95%			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre		Post	
					Upp	Low	Upp	Low
Kesehatan fisik dan psikologis	4,94	5,46	3,629	4,075	6,19	3,70	4,86	2,06

Parameter	Mean		SD		CI 95%			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre		Post	
					Upp	Low	Upp	Low
Beban psikologis dan kehidupan sehari-hari	4,91	6,94	3,184	3,842	6,01	3,82	4,26	1,62
Hubungan dengan pasangan	4,77	5,66	3,361	2,869	5,93	3,62	3,64	1,67
Hubungan dengan team psikiatri	3,89	4,86	2,938	2,799	4,90	2,88	3,82	1,90
Hubungan dengan keluarga	4,94	5,46	3,629	4,075	6,19	3,70	4,86	2,06
Hubungan dengan Teman	3,54	4,01	3,394	3,842	6,01	3,82	4,26	1,62
Beban material	4,77	5,66	3,361	2,869	5,93	3,62	3,64	1,67

Berdasarkan tabel 5.3 pada aspek kualitas hidup ditemukan nilai mean kenaikan pada masing-masing aspek Kesehatan fisik dan psikologis, Beban psikologis dan kehidupan sehari-hari, Hubungan dengan pasangan, Hubungan dengan team psikiatri, Hubungan dengan keluarga, Hubungan dengan teman dan Beban material

### 5.2.2 Variabel *self efficacy*

Tabel 5.4 Distribusi berdasarkan aspek *self efficacy*

Parameter	Mean		SD		CI 95%			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre		Post	
					Low	Upp	Low	Upp
Emosi	5.39	6.71	1.018	1.188	5.23	5.55	5.30	5.70
Optimis	8.32	9.18	1.086	1.661	8.10	8.55	9.11	9.41
Kepuasan kerja	14.18	15.60	1.871	2.668	13.82	14.54	14.23	14.88

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa nilai mean pada masing-masing parameter meningkat setelah dilakukan intervensi yaitu, emosi, optimis, kepuasan kerja.

### 5.3 Hasil uji statistik

Tabel 5.5 Hasil uji *mann whitney* dan *wilcoxon* pada variabel yang diteliti

Variabel	Kategori	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Pre	Post	Pre	Post

		n	%	N	%	n	%	n	%
<b>Kualitas Hidup</b>	Kualitas hidup buruk	27	62.8	12	27.9	21	48.8	16	37.2
	Kualitas hidup baik	16	37.2	31	72.1	22	51.2	27	62.8
<b>Total</b>		43	100	43	100	43	100	43	100
<i>Uji Wilcoxon Signed Ranked Test</i>		<b>p value = 0.034</b>				<b>p value = 0.072</b>			
<i>Uji Mann Whitney post-test</i>		<b>p value = 0.000</b>							
<b>Self Efficacy</b>	<i>Self Efficacy</i> rendah	19	44.2	8	18.6	35	81.4	27	62.8
	<i>Self Efficacy</i> tinggi	24	55.8	35	81.4	8	18.6	16	37.2
<b>Total</b>		43	100	43	100	43	100	43	100
<i>Uji Wilcoxon Signed Ranked Test</i>		<b>p value = 0.016</b>				<b>p value = 0.088</b>			
<i>Uji Mann Whitney post-test</i>		<b>p value = 0.000</b>							

Berdasarkan Tabel 5.5 diketahui bahwa responden pada kelompok perlakuan sebelum intervensi (pre-test) memiliki kualitas hidup dalam kategori baik yakni sebesar 16 responden (37,2%), sedangkan setelah intervensi (post-test) 31 responden memiliki kualitas hidup baik atau 72.1%. Pada kelompok kontrol ditemukan 22 responden memiliki kualitas hidup baik atau 51.2 % dan setelah perlakuan menjadi 27 responden dengan kategori baik atau 62.8%.

Hasil uji wilcoxon signed rank test pada kelompok perlakuan dan kontrol  $p = 0,034$  atau  $p \leq 0,05$  yang artinya ada pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap kualitas hidup lansia sebelum dan sesudah intervensi. Uji mann whitney nilai post-test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan nilai  $p = 0,000$  atau  $p \leq 0,05$  yang artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara nilai post-test kecemasan kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

Pada variabel *self efficacy* kelompok perlakuan sebelum intervensi (pre-test) memiliki *self efficacy* dalam kategori tinggi yakni sebesar 24 responden (55,8%), sedangkan setelah intervensi (post-test) 35 responden memiliki *self*

*efficacy* tinggi atau 81.4%. Pada kelompok kontrol ditemukan *self efficacy* rendah 35 responden (81.4%) dan setelah intervensi ditemukan 27 responden memiliki *self efficacy* rendah.

Hasil uji wilcoxon signed rank test pada kelompok perlakuan  $p = 0,016$  atau  $p \leq 0,05$  yang artinya ada pengaruh pemberdayaan terhadap *self efficacy* responden sebelum dan sesudah intervensi, sedangkan kelompok kontrol  $p = 0,088$  atau  $p \geq 0,05$  yang artinya tidak ada pengaruh yang bermakna antara nilai *self efficacy* pre-test dan post-test. Uji mann whitney nilai post-test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan nilai  $p = 0,000$  atau  $p \leq 0,05$  yang artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara nilai post-test *self efficacy* kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

## **5.4 Pembahasan**

### **5.4.1 Mengidentifikasi *self efficacy* dan kualitas hidup sebelum diberikan intervensi**

Hasil penelitian ditemukan bahwa *self efficacy* lansia berada pada sebagian besar berada pada kategori rendah. Hal ini di dasarkan pada keseluruhan jumlah responden baik pada kelompok kontrol maupun perlakuan. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Grind *et al.*,(2018) yang menyatakan bahwa lansia kecenderungan mengalami penurunan *self efficacy*. Hal ini disebabkan karena penurunan fungsi tubuh baik motorik maupun sensorik. Keterbatasan gerak dan adanya penyakit penyerta akan mengakibatkan lansia mengalami penurunan *self efficacy*. Lansia cenderung merasa tidak mampu melakukan apapun baik bahkan pada kegiatan yang sederhana.

Pada variabel kualitas hidup sebagian besar lansia mengalami penurunan kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Susie *et al.*, (2015) yang menemukan adanya penurunan kualitas hidup lansia yang mengalami penurunan *self efficacy*. Hal ini didukung dengan penelitian Kim *et al.*, (2018) yang menyatakan bahwa ada korelasi positif antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pada lansia. Secara alamiah lanjut usia mengalami penurunan fungsi organ tubuh dan kemunduran, baik fisik, psikis, maupun sosial dan keluarga diharapkan berperan penting dalam membantu mengatasi masalah tersebut, sehingga lanjut usia merasa lebih aman dan tenteram lahir batin di dalam keluarga. Keluarga yang mampu memberikan pelayanan terhadap lanjut usia adalah keluarga yang mampu mencukupi atau memenuhi kebutuhan pokok hidup bagi anggota keluarganya termasuk lanjut usia. Karena itu keluarga mempunyai andil besar dalam mewujudkan lanjut usia yang sejahtera meliputi pemenuhan kebutuhan fisik, psikis, dan sosial.

Pemenuhan kebutuhan fisik lanjut usia, antara lain berupa penyediaan tempat tinggal yang layak. Tempat tinggal atau rumah adalah tempat berlindung dari panas, hujan, dan angin dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti belajar, memasak, makan, mandi, istirahat, tidur, dan tempat berkumpul seluruh anggota keluarga. Untuk mencapai kondisi demikian perlu dipersiapkan tempat tinggal yang sehat, nyaman, dan aman bagi penghuninya, terutama bagi anggota keluarga yang sudah lanjut usia. Terkait dengan kondisi warga lanjut usia yang mulai menurun, maka istirahat sangat diperlukan. Lanjut usia memerlukan istirahat lebih banyak dibanding usia di bawahnya. Agar kondisi seperti ini dapat lebih terjaga,

maka perlu disediakan kamar dan tempat tidur yang sesuai dengan kebutuhan lanjut usia untuk beristirahat dengan nyaman.

Lansia yang berada dalam suatu lingkungan atau komunitas dipengaruhi tingkat pendidikan dan perekonomian yang memegang peranan penting dalam pemenuhan kebutuhan akan lingkungan yang layak dan memadai, di antaranya tersedianya tempat tinggal yang bersih dan sehat, ketersediaan informasi, transportasi dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan. Berbeda dengan lansia dipanti yang memiliki keterbatasan terhadap berbagai faktor yang dapat meningkatkan kualitas lingkungannya, baik dari segi informasi, transportasi, dan pengadaan lingkungan yang bersih dan sehat (Setyoadi, Noerhamdani & Ermawati, 2010).

#### **5.4.2 Mengidentifikasi pengaruh pemberdayaan keluarga kualitas hidup setelah diberikan intervensi**

Hasil penelitian menemukan adanya pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap kualitas hidup lansia. Hal ini sejalan dengan penelitian Hans *et al.*, (2015) yang menyatakan bahwa ada pengaruh pemberdayaan pada pengetahuan keluarga dan kualitas hidup lansia yang tinggal bersama keluarga. Pada penelitiannya menggunakan media pembelajaran dengan coaching atau pendampingan terhadap keluarga selama 1 bulan. Dalam hal ini kemampuan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan anggotanya diperoleh melalui proses belajar dari petugas kesehatan yang memberikan informasi kesehatan kepada keluarga. Pengetahuan yang sudah dimiliki keluarga tentang perawatan, pengobatan lansia akan menimbulkan kemauan atau kehendak.



Model pemberdayaan yang dikemukakan oleh Korten dan Felipe (1981 dalam Iskandar *et al.*2007) dilakukan melalui pendekatan “proses belajar.” Pendekatan ini meliputi beberapa dimensi yakni: 1) dimensi struktural, mengacu pada pembentukan kelompok-kelompok kecil sebagai wadah pelaksanaan program dengan memberikan kedudukan dan fungsi kepada masing-masing kelompok baik terhadap pengelola maupun individu sasaran; 2) dimensi kognitif, berorientasi pada aspek pendidikan, pelatihan, dan sosialisasi; 3) dimensi moral, berorientasi pada pendekatan sikap dan kultur masyarakat yang bersangkutan; serta 4) dimensi demokratis, berorientasi pada pendekatan yang lebih bersifat *participatory*. Pemberdayaan keluarga sebagai peningkatan kemampuan *caregiver* untuk menilai, mempengaruhi, dan mengelola situasi dengan menggunakan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil yang diinginkan. Kegiatan pemberdayaan keluarga yang dilakukan dalam penelitian ini termasuk ke dalam dimensi kognitif dengan strategi pemberdayaan yaitu merancang dan menyusun materi yang sesuai dan tepat sasaran.

#### **5.4.3 Mengidentifikasi pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap *self efficacy* setelah diberikan intervensi**

Hasil penelitian ditemukan pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap *self efficacy*. Hal ini sejalan dengan penelitian Bond *et al.* (2017), menunjukkan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga berbasis *peer support, telephone peer* dapat menurunkan depresi, meningkatkan aspek psikososial meliputi kualitas hidup dan *self efficacy*. Penelitian lainnya mengatakan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga melalui *discharge planning* akan menghasilkan peningkatan secara signifikan terhadap *self efficacy*, kemampuan pengelolaan

stres, penyediaan dukungan, dan kemampuan pengambilan keputusan yang tepat dalam pengelolaan penyakit (Funnell *et al.*, 2016). Lewin (1970) dalam Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa perubahan pengetahuan pada dasarnya merupakan proses belajar, dan akan lebih efektif apabila stimulus yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu, dilakukan secara intensif dan berkelanjutan. Pemberdayaan keluarga bertujuan menumbuhkan pengetahuan, pemahaman, serta kesadaran kesehatan bagi keluarga (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan. Kemampuan ini diperoleh melalui proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar.

Dalam hal ini kemampuan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan anggotanya diperoleh melalui proses belajar dari petugas kesehatan yang memberikan informasi kesehatan kepada keluarga. Pengetahuan yang sudah dimiliki keluarga tentang perawatan, pengobatan lansia akan menimbulkan kemauan atau kehendak (*self efficacy*) untuk melakukan tindakan kesehatan berupa perilaku hidup sehat (*self care activity*). Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007), untuk dapat mewujudkan perilaku hidup sehat ditunjang oleh faktor-faktor antara lain: (1) Faktor predisposisi, yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku keluarga, antara lain pengetahuan dan sikap keluarga terhadap kesehatan, tradisi, dan kepercayaan keluarga terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut keluarga dan masyarakat, tingkat pendidikan, serta tingkat sosial ekonomi keluarga; (2) Faktor pemungkin, adalah faktor yang memungkinkan atau yang

memfasilitasi perilaku atau tindakan keluarga, antara lain ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk dapat berperilaku sehat keluarga memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit, dokter praktek, klinik perawatan dan lainlain; (3) Faktor penguat, adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku keluarga, antara lain faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap, dan perilaku petugas kesehatan termasuk perawat, undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan.

Pemberian perlakuan berupa pemberdayaan keluarga dengan metode pendidikan kesehatan, bimbingan dan konseling serta demonstrasi cara-cara perawatan lansia dapat meningkatkan peranan keluarga dalam membantu meningkatkan *self efficacy* dan *self care activity*. Hal ini sesuai dengan pendapat Friedman (1998), bahwa keluarga berfungsi sebagai kolektor dan desinator (penyebar) informasi yang dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Levine (1973) menyatakan bahwa interaksi individu dengan lingkungannya merupakan sebuah sistim terbuka dan memberikan kemudahan jaminan integritas di semua dimensi kehidupan. Peningkatan interaksi keluarga yang dilakukan merupakan dukungan sosial dari keluarga yang dapat mengembangkan coping yang positif.